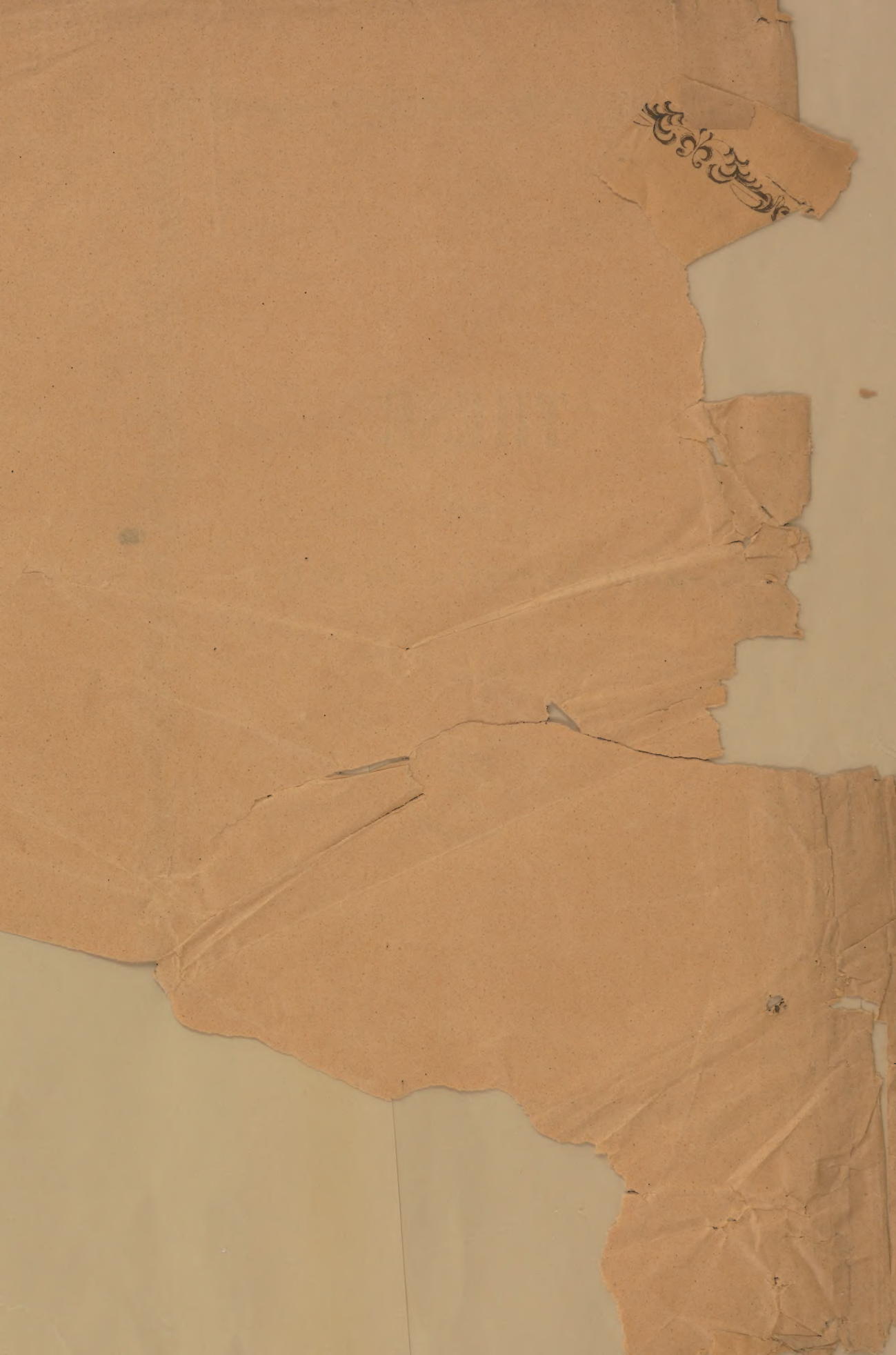
THESE

DE

João Ferreira da Silva

1872

THESE

APRESENTADA

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

PARA SER SUSTENTADA

EM NOVEMBRO DE 1872

POR

João Ferreira da Silva

NATURAL DE PERNAMBUCO

Filho legitimo do Dr. João Ferreira da Silva e D. Constantina de Mendonça Ferreira

PARA OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

BAHIA
Typographia de J. G. Tourinho

1872

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

....

VICE-DIRECTOR

O Ex.^{mo} Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.° ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães .	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva.	Chimica e Mineralogia.
Barão da Itapoan	Anatomia descriptiva.
	2.° ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Barão da Itapoan	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.° ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.° ANNO.
Cons. Manoel Ladisláo Aranha Dantas .	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.° ANNO.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas.	Anatomia topographica, Medicina operatoria, apparelhos.
Luiz Alvares dos Santos	Materia medica, e therapeutica.
	6.° ANNO.
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães . .	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
José Affonso de Moura.	Clinica externa do 3.° e 4.° anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.° e 6.° anno.

OPPOSITORES.

. . . .	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha.	
Pedro Ribeiro de Araujo.	
José Ignacio de Barros Pimentel . .	
Virgilio Clymaco Damazio	
. . . .	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins.	
Domingos Carlos da Silva.	
Antonio Pacifico Pereira	
Alexandre Affonso de Carvalho . . .	
. . . .	Secção Medica.
Manoel Joaquim Saraiva	
Ramiro Affonso Monteiro.	
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão .	
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas .	

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

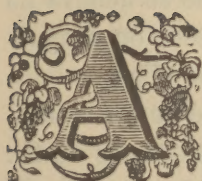
O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

SECÇÃO CIRURGICA

TRACTAMENTO CIRURGICO DA CATARACTA

> La nature de l'esprit humain est telle, que son education, en ce qui concerne les connaissances pratiques, ne peut etre que graduelle. On peut voir quelques hommes voués a l'etude des mathematiques ou d'autres sciences abstraites, devenir si rapidement des maitres,qu'au bout d'une année ils laissent bien loin derriere eux ceux qui les ont precedés dans la carriére; il peut en etre de meme quant a la medecine theorique: mais la medecine pratique implique l'observation de la nature; or, celle—ci ne peut mener á bonne fin ses operations qu'avec le secours du temps, et c'est in vain que celui désire en etudier la marche, pretendrait substituer a cet element son genie, ou son activite personelle.
>
> Graves (clinique medicale).

LIGEIRAS CONSIDERAÇÕES

A CATARACTA era conhecida dos antigos, como nos mostram as obras de Hyppocratis e Celso, bem que a seu respeito elles não tivessem sinão idéas muito vagas e erroneas: julgavão elles que era esta lesão produzida pelo accumulo de humor espesso e coagulado adiante ou atraz da pupilla.

Outros a consideravam produzida pela opacidade da parede posterior da cornea.

Outros ainda achavam a causa da cataracta na alteração do humor vitreo.

Finalmente alguns haviam que diziam ser esta molestia produzida por uma pelle opaca desenvolvida no olho.

Apezar da ignorancia em que se achavam os antigos, ácerca da sede e natureza da cataracta, praticavam elles a operação.

Kepler, celebre astronomo, foi o primeiro que provou, em 1604, que o cristallino pela sua transparencia não podia ser a sede da vizão, e que elle não servia sinão de approximar os raios luminosos sobre a retina—verdadeira fonte dos phenomenos visuaes.

Parece, diz o Sr. Roosbroeck, que Fabricio d'Aquapendente foi o primeiro que firmou a supposição de que esta lesão podia ter sua séde no cristallino.

Muitas obras se publicaram depois disto, onde se via que o cristallino era quasi sempre a causa da cataracta, mas os trabalhos de Boerhave, de Mery, de Geoffroy, apoiados com a opinião de Morand (que apresentou á Academia de Pariz cristallinos opacos, extrahidos de doentes que soffriam de cataractas) trouxeram a verdadeira luz sobre o facto hoje provado de que a séde d'esta molestia é no cristallino, ou suas capsulas.

Desde então as experiencias de Saint Ives, de Guerin de Daviel, e de Wenzel provaram que não somente o cristallino, mas tambem as suas capsulas, podem sós, ou conjunctamente ser a sede de cataractas.

Chama-se, pois, cataracta uma alteração no cristallino, ou sua capsula capaz de trazer uma opacidade mais ou menos notavel em qualquer destes orgãos juntos ou separados.

Diversas tem sido as classificações que se tem querido dar para esta alteração organica.

Beer dividiu as cataractas em verdadeiras e falsas: collocou no primeiro grupo aquellas que tinham exclusivamente sua residencia no systema lenticular, e as segundas chamou aquellas cuja opacidade se achava na pupilla, provindo de um derramamento plastico, albuminoso, ou sanguinolento entre a parede anterior da capsula, e a abertura pupillar.

Esta divisão, ainda que adoptada pelo Sr. Desmarres, é bem considerada pelo Sr. Wecker como defeituosa, porque as falsas cataractas do Sr. Beer não são cataractas; e podem existir sem que lesão alguma haja no cristalino.

Achamos, pois, adoptando a opinião do Sr. Roosbroeck, e da maior parte dos ophthalmologistas que a divisão das cataractas em verdadeiras e falsas não deve ser acceita perante os factos que mostram a existencia desta segunda especie de cataractas, sem alteração alguma no systema lenticular, podendo ella existir em diversas molestias differentes.

Daremos somente leves considerações sobre a verdadeira divisão desta molestia que é fundada na sede real da alteração.

O lugar da cataracta e o systema lenticular composto da lentilha e da folha sorosa que a envolve, e que tem recebido o nome de capsula anterior e posterior, e do liquido de Morgagni, o qual é contido entre a superficie do nucleo, e a porção correspondente da capsula.

Todas estas partes podem se tornar opacas de per si cada uma, ou todas juntas: d'onde a divisão natural das cataractas, em lenticulares, capsulares, intersticiaes, ou morgagnianas, e capsulo-lenticulares.

OPERAÇÃO

A operação da cataracta é o unico meio seguro que tem o medico para a cura desta molestia: ella tem por fim afastar do campo da visão, o corpo opaco, que priva os raios luminosos de chegarem a membrana sensivel (retina), afim de serem percebidos pelo sensorio: executa-se-ha de diversas maneiras. Ora descobre-se a pupilla, levando o cristallino para outra parte do olho—é o methodo de depressão—ora tira-se do olho o cristallino, o que forma o methodo de extracção, ora quebra-se este corpo deixando a absorpção—é o methodo de quebramento; finalmente o methodo de discisão, formado pela abertura simples da capsula.

Reconhecida uma cataracta deve-se ou não praticar logo a operação ?

Antigamente dizia-se que as cataractas eram primeiramente muito molles, e que iam-se tornando depois mais duras, até que ficavam aptas para serem abaixadas, porque então estavam maduras. Sichel considera esta opinião como completamente erronea, e contraria a observação, e diz elle que as cataractas começem duras, e depois de um espaço de tempo mais ou menos longo principiam a amollecer até que ficam liquidas.

Apezar da authoridade de um sabio tão eminente (diz Roosbroeck) me é impossivel considerar sua opinião applicavel a todos os casos; na verdade, em muitos delles a marcha desta molestia é conforme a opinião de Sichel, porém alguns casos, outros de minha observação, eu tenho visto cataractas com todos os caracteres de cataractas molles tornarem-se duras, e a operação veio demonstrar o que a observação já o tivera feito.

Vemos por isto a inconstancia na consistencia deste processo morbido,

o que pouco influe sobre o successo da operação, e somente exige o seu methodo especial com um processo adoptado a cada circumstancia.

Achamos, pois, que a operação se deve fazer logo que a cataracta reconhecida, não é acompanhada de qualquer accidente, ou alteração local que a contraindique ou torne qualquer lesão traumatica perigosa (como sejão as degenerecencias de qualquer ordem da retina, glaucomas, amorosis, cirsophthalmias e opacidades completas da cornea transparente) e quando o doente apenas descobre a claridade já não pode ler nem andar: porque se no correr da operação. ou em seguida a ella, apparecerem complicações que façam o infeliz perder a vista, virá mais facilmente a consolação para o seu espirito, e ao medico não será imputada essa perda de vista, que o doente acaba de soffrer.

Á dous methodos principaes se podem reduzir todos os processos da operação de cataracta: extrahir do globo ocular o corpo opaco, ou afastal-o da abertura pupillar por absorção ou descollocamento.

Cada methodo apresenta os diversos processos que se accommodam a este ou aquelle caso; e que se não podem generalisar a todos. Cada um tem suas vantagens e desvantagens, e ao habil operador compete antevel-as para seguir aquelle que exigirem as circumstancias.

EXTRACÇÃO LINEAR SIMPLES

Diversas tem sido as posições que se teem querido dar aos doentes na pratica desta operação; alguns authores a fazem com o doente sentado, outros deitam-no (o que julgamos mais conveniente) evitando em ambos os casos que a luz possa ser interceptada pela mão ou corpo do operador a não fazer sombra no campo em que o medico tem de manejar o instrumento; feito isto, e tendo-se antecipadamente dilatado a pupilla com uma solução de atropina, o operador incumbe a um ajudante, (si o tem,) de afastar as palpebras do doente com os dedos, ou applica o blepharostato e começa a operação que consta de tres tempos. No primeiro tempo com uma pinça de fixar procura-se a conjunctiva e os tecidos subjacentes a 3 millimetros para dentro do bordo interno da cornea, e logo que se está

certo de que o olho é bem fixo procura-se o bordo externo desta membrana com uma faca lanceolada tendo em um dos cortes para cima e outro para baixo, atravessa-se esta membrana no sentido de seu diametro transverso a dous millimetros do annel sclerotical: logo que a faca penetra na camara deve-se dar a lamina do instrumento uma direcção paralella ao plano da iris, e assim ella caminha até que a secção da cornea tenha adquerido seis millimetros.

Si algum accidente tem prohibido o engrandecimento do corte da cornea á ponto de não attingir as dimensões necessarias, deve-se fazel-o na occasião de retirar a faca dirigindo-a para um dos bordos da secção superior ou inferior, segundo se achar conveniente.

Algumas vezes, como diz o Sr. Galezowski, a incisão é feita sobre o bordo scherotical, tornando-se indispensavel a iridectomia, pois a hernia desta membrana torna-se inevitavel.

No segundo tempo rompe-se a capsula para dar sahida a seu conteúdo introduzindo-se um histotonio pela abertura feita na cornea, de cuja parede posterior se procura approximar o referido instrumento até que elle se colloque defronte da pupilla, depois do que imprime-se-lhe um movimento de diante para traz para que elle toque a parede anterior do cristallino, então com o corte do instrumento derigindo-se-o em diversas derecções rompe-se a capsula, feito o que retira-se o kistotomo dando-se o mesmo movimento sómente em sentido inverso ao de sua entrada.

Deve-se evitar com cuidado o ferimento da iris, o que não é difficil visto estar dilatada a pupilla, e haver bastante espaço para o trabalho do instrumento.

No terceiro tempo trata-se de dar sahida ao cristallino, e para isso faz-se leves pressões sobre o lado inferior e superior do globo ocular: então a massa do cristallino (que quasi sempre é molle) se escapa pela abertura pupillar e sahe pelos bordos da ferida ou cahe na camara anterior: leva-se depois a cureta de Daviel, e extrahe-se pela abertura da cornea o cristallino amollecido.

Quando porém o nucleo se acha um pouco endurecido e com adherencia com as camadas corticaes é necessario que se penetre com a cureta ou gancho na massa do cristallino, o que se faz derigindo a superficie convexa destes instrumentos, primeiramente sobre o cortical, depois atraz do nucleo até que se chegue a extrahil-a em totum ou em grande parte,

pois diz o Dr. Wecker que nenhum inconveniente ha em deixar-se pequenas porções do crirtallino visto serem ellas com felicidade absorvidas.

Depois de tirado o corpo opaco trata-se de ver o estado das capsulas, pois si ellas estiverem tambem opacas deve-se extrahil-as immediatamente depois da massa cristalliniana.

Feito isto, deixa-se repousar por algum tempo o doente permittindo-se que as suas palpebras se feichem, para o que se deve retirar o blepharostato, e a pinça de fixação; devendo se examinar de novo a ferida depois de alguns minutos para limpar bem os seus bordos afim de que nada se ache interposto entre elles, e perturbe a sua cicatrisação.

O tratamento que segue a operação consiste em uma compressa de fios, que se applica ssbre o olho mantida por uma atadura de flanella, com a qual se dá algumas voltas ao redor da cabeça, produzindo uma compressão sobre o globo ocular, tendo-se previamente deitado em baixo das palpebras uma solução de atropina.

O fim desta compressão é, evitar que o sangue venha-se accumular no olho operado, por ter elle perdido por algum tempo a sua tensão; prevenindo-se assim uma inflammação, que podia ter funestos resultados.

Os accidentes que podem apparecer nesta operação, e depois della, são, as difficuldades de manobrar os instrumentos por defeito da incisão, que pode ser muito pequena e obliqua, o que se pode evitar, como diz Galezowski, fazendo-se a punção perpendicularmente a superficie da cornea, entretanto si isso acontecer, deve-se alargar a abertura para um dos seus lados com uma thesoura, ou faca.

As hernias da iris, que em virtude de se ter feito a secção da cornea mui proxima da sclerotica, podem apparecer, se resolvem animando-se as contracções desta membrana com leves fricções sobre as palpebras; ou facilita-se a sua entrada com as costas da cureta: mas si tudo isto não tiver resultado, far-se-ha a iridectomia, evitando-se assim uma irritação nos bordos da ferida, que perturbaria sua união.

O humor vitreo, pode fazer hernia, quando no abrir da capsula o kistotomo atravessando o corpo opaco que se acha molle, vai ferir a hyaloide: ou na occasião em que o operador faz a pressão para a sahida da cataracta; felizmente é raro este grave accidente, pois a secção da cornea sendo linear é difficil a sahida deste corpo.

Si entretanto a hernia tiver lugar depois da extracção do cristallino, leves compressões ajudadas com uma solução de atropina dão quasi sempre resul-

tado; porém si a cataracta ainda se achar no olho, deve extrahil-a com muito cuidado (como diz Wecker) principalmente se o nucleo for um pouco duro; para o que alarga-se a ferida, corta-se a iris, e com uma cureta de Critchett (seguindo as regras ja mencionadas no processo) tira-se o cristallino e assim priva-se o doente de uma irritação que a cataracta iría produzir, e ainda uma segunda operação que se torna neces-saria.

Depois disso procura-se reduzir, o corpo vitreo, com as compressões, e corta-se alguma porção que se não o possa absolutamente fazer.

Depois da extracção da cataracta, si se acharem opacas as capsulas, deve-se logo fazel-as sahir introduzindo-se uma pinça fina ou gancho pela abertura da cornea segurando-as por um dos seus bordos, e por meio de leves tracções extrahindo-se uma ou ambas as cristalloides.

Esta manobra, diz Wecker, expõe muito a sahida do corpo vitreo, porém este accidente não é grave quando já se tem extrahido o cristallino.

O processo de aspiração é uma modificação de terceiro tempo do processo acima descripto: consiste em fazer-se a extracção por meio de uma cureta em cuja concha existe um canal que communica com um corpo de bomba onde um piston fazendo o vasio precipita a massa do cristallino para dentro do canal que existe no instrumento, e assim é feita a extracção.

Diversos instrumentos se tem inventado para esta operação:—a agulha de Laugier, o aspirador de Bowman e o de Wecker são os mais notaveis.

EXTRACÇÃO LINEAR COMBINADA

Processo de Graefe—Como na extracção linear simples os accidentes e as complicações eram grandes não só na operação como depois della, quando a cataracta era um pouco dura e volumosa, Graefe procurou e quasi conseguiu fazer desapparecer senão todos ao menos grande numero delles.

Os instrumentos necessarios para esta operação são uma faca de Graefe, um blepharostato, pinças de fixação e de pupilla artificial, thesouras

curvas e rectas, curetas de Daviel e de Critchett, ganchos de grandeza e formas differentes. O doente é deitado, chloroformisado si se acha conveniente, o operador segura a faca como a uma penna de escrever com o corte para cima, procura a parte externa e superior da sclerotica a dois millimetros da inserção da cornea: ahi elle faz a puncção. A faca atravessa a camara anterior ao principio seguindo a direcção obliqua de cima para baixo e de fora para dentro, depois levanta-se a ponta do instrumento afim de fazer a contra-puncção na direcção do diametro transverso da cornea no ponto opposto ao da puncção. Feito isto, voltando-se um pouco o corte da faca para diante, corta-se com o movimento de serra o espaço comprehendido entre as duas aberturas.

A incisão pode ser feita para baixo, e a differença que ha é no collocar do instrumento cujo corte se acha para baixo, como faz Critchett, o qual immediatamente depois da contra-puncção dirige o corte do instrumento para diante, e corta assim muito tecido de cornea transparente. Feito o corte da sclerotica o instrumento se acha em baixo da conjunctiva, que se divide continuando a secção na mesma direcção a da cornea opaca.

Quando existe uma camada espessa de massa cortical molle, (diz Graefe eu faço a puncção um pouco mais acima; e mais perto do bordo da cornea transparente, de sorte que a incisão fica com quatro a quatro e meio millimetros de extensão; assim torna-se muito menor. o retalho conjunctival.

Segundo tempo—O operador incumbe a um ajudante a fixação do olho e logo que cessa a hemorrhagia do canal de Schlemm, elle tira com uma pinça fina a porção da iris comprehendida entre a incisão, e a corta dum ao outro angulo da ferida.

Algumas vezes é necessario afastar-se o retalho da conjunctiva que embaraça a iridectomia.

Terceiro tempo—Pela abertura introduz-se um kistotomo afastando-se um pouco o bordo anterior da secção: approxima-se este instrumento da parte posterior da cornea, até que elle chegue defronte do bordo inferior da pupilla, então com um movimento de rotação, corta-se a capsula começando-se de bordo interno da abertura pupillar até o equador do cristallino, depois o mesmo se faz começando-se do lado externo.

É preciso (diz Graefe,) para isto, servir-se de um kistotomo de lamina muito curta, e tel-o bastante inclinado ao plano da iris, para evitar qual-

quer abalo no cristallino, que o pode deslocar. Em caso de cataracta capsular eu prefiro o gancho para extracção desta membrana.

Quarto tempo—Em geral o cristallino sahe, com as primeiras pressões feitas no globo ocular, para o que applica-se as costas da cureta no bordo superior da sclerotica, afim de abrir a secção, e comprime-se o bordo inferior da cornea, para luxar o cristallino; logo que as primeiras pressões são feitas, a lentilha começa a apresentar um de seus bordos a incisão, e continuando-se a compressão de baixo para cima, a cataracta sahe completamente.

Esta maneira de praticar além de dispensar, qualquer instrumento de tracção, evita muitas vezes a rotura da hyaloide, e a hernia do corpo vitreo—accidente mui grave antes da sahida do cristallino. Algumas vezes porém a intervenção de instrumentos para a extracção do corpo opaco se faz necessaria, (isto observa-se nas cataractas duras com adherencia das massas corticaes; e nas capsulares;) para o que introduz-se a cureta ou gancho, e faz oblação da cataracta seguindo as regras já dadas.

Quinto tempo—Feito isto, deve-se deixar por alguns minutos repousar o doente, (si elle não estiver chloroformisado) retirando-se o blepharostato e as pinças Procura-se com leves fricções sobre o olho trazer para defronte da pupilla as massas corticaes que se tenham interposto atrez da iris, tracta-se de extrahil-as com algumas pressões sobre a cornea, ou com a cureta, evitando-se comtudo a introducção repetida deste instrumento,—causa frequente de uma inflammação nas membranas do olho.

Si os residuos forem pequenos e de consistencia molle, melhor será deixal-os porque com facilidade são absorvidos.

O tractamento que segue a operação consiste em uma compressa contida por uma atadura com que se dá algumas voltas ao redor da cabeça, e que deve comprehender os dois olhos para que o doente não possa movel-os.

O apparelho deve ser levantado cinco ou seis horas depois da operação. Durante os primeiros dias o doente deve evitar as impressões dos raios de luz muito forte, e do segundo dia em diante eu costumo, diz Graefe, deitar duas ou tres vezes por dia algumas gottas de uma forte solução de atropina nos olhos de meus doentes.

Si sobrevier algum accidente notavel deve-se fazer o exame dos olhos com precaução e sempre com luz artificial.

Os accidentes que geralmente durante esta operação podem apparecer

são: prolapsos do corpo vitreo, hernias da iris e hemorrhagias na camara anterior.

O prolapso do corpo vitreo é a maior parte das vezes causado por uma incisão muito afastada para traz da cornea transparente, o que põe a descuberto depois da iridoctomia a zonula de Zinn, zonula que rompendo-se na occasião em que se faz a compressão para a sahida do cristallino dá em resultado uma heruia do corpo vitreo. O operador deve pois dirigir com muito cuidado o corte da faca afim de que ella não volte para traz e faça uma secção muito periferica, melhor será seguir os conselhos de Critchett, e voltar o corte do instrumento immediatamente para diante depois de fazer a contra-puncção e acabar a incisão na cornea. O contrario pode ter lugar tambem, e a secção ser feita toda nos tecidos da cornea transparente, de sorte que, sendo muito pequena não pode dar sahida a um cristallino duro e volumoso.

Para remediar este inconveniente deve-se alargar a ferida para um de seus lados. ou para ambos com uma faca sem ponta, ou com uma thesoura.

A hemorrhagia na camara anterior é um accidente que quasi sempre apparece no processo de Graefe, pois nelle é muitas vezes cortado o seio venoso de Schlemm: a sua importancia é de segunda ordem, porque quasi sempre ella pára no fim de alguns segundos.

As inflammações e as hernias da iris, a cicatrisação incompleta da ferida, ainda as hemorrhagias na camara anterior, as hernias do corpo vitreo são em geral as complicações que podem apparecer depois desta operação. As compressões e os antiphlogisticos são os meios empregados para a cura de todos estes accidentes.

A extracção linear combinada pelo processo de Galezowski somente differe da extracção linear simples já descripta em se ter feito anticipadamente durante tres semanas seguidas tres dicisões da capsula do cristallino, afim de amollecel-o.

Extracção á retalho—Adaptando a opinião de Wecker, descreveremos no methodo de extracção a retalho tres processos differentes: extracção simples, combinada e sem abertura da cristalloide, sendo a secção de todos os processos feita nos tecidos da cornea no limite desta membrana com a sclerotica.

Extracção a retalho simples—Os instrumentos necessarios para esta operação são—um ou mais keratotomos de córte recto ou curvo, kistoto-

mos, thesouras curvas e rectas, curetas de Daviel e Critchett, blepharostatos, pinças, etc.

Primeiro tempo—Tendo-se dilatado a pupilla, o doente é deitado, comprime-se o olho são si se tem de operar em um só delles para que elle não o mova e assim evite o movimento ao outro: applica-se o blepharostato, o operador colloca-se em posição conveniente, e com uma pinça de fixação segura a conjunctiva e os tecidos subjacentes na parte interna do bordo interno da cornea a quatro millimetros de distancia desta membrana. A faca é então dirigida com o córte para baixo a um millimetro abaixo do diametro horisontal da cornea no lado externo desta membrana, e a dois millimetros para dentro da inserção della com a sclerotica. A direcção do instrumento é a principio perpendicular a superficie da membrana, mas logo que elle penetra na camara anterior deve seguir um plano parallelo ao da iris; assim caminha rapidamente até chegar ao ponto que fica defronte do em que elle penetrou.

Ahi faz-se a contra-puncção. Então modera-se a marcha do keratotomo, e termina-se o retalho continuando o caminho que elle já trazia, ou deixa-se para fazel-o na occasião de sua retirada.

Desmarres, pae, quer que se deixe uma pequena porção da cornea para ser cortada depois. Diz elle, com isto evita-se muitas vezes a sahida brusca do cristalino e do corpo vitreo, causada pela contracção dos musculos pequenos do olho.

Terminado o retalho, deixa-se o doente fechar os olhos, retirando-se todos os instrumentos: faz-se uma ligeira pressão sobre o olho operado. Assim se deve conservar o doente por alguns instantes para deixar passar a excitação produzida pelo córte da cornea, e deste modo evitar as hernias da iris e do corpo vitreo.

Segundo tempo—O operador conservando ainda a ligeira pressão sobre as palpebras incumbe a um ajudante de abaixar com cuidado a inferior ao mesmo tempo que elle levanta a superior: introduz então na secção da cornea, afastando um pouco os labios da ferida, o kistotomo.

A ponta deste instrumento deve marchar na parte posterior daquella membrana até que chegue defronte da pupilla. Logo que assim acontece imprime-se ao cabo do intrumento um movimento de rotação até que o seu córte possa ferir a capsula; com uma só incisão quasi sempre o cristalino faz saliencia na pupilla e depois na secção da cornea, d'onde elle se desprende. Si uma só incisão não for sufficiente, deve-se fazer algumas

mais em diversos sentidos, feito o que retira-se o kistotomo, tendo-se cuidado de não abrir muito os labios da ferida.

Terceiro tempo—Quando a capsula tem sido convenientemente cortada, o cristallino sahe quasi sempre por si mesmo, mas quando a sahida spontanêa não tem lugar, estimula-se a acção dos musculos, comprimindo-se brandamente, a parte superior do globo ocular. A lentilha começa a apresentar-se na incisão, cessa-se a pressão, e quasi sempre ella cahe sobre a palpebra do doente, ou fica entre os labios da secção, d'onde se tira-a com uma cureta. (E n'este tempo que se faz o corte, da pequena porção da cornêa deixada no processo de Desmarres.) Algumas vezes entretanto todas estas tentativas não dão resultado, e o operador é obrigado a introduzir a cureta, ou gancho para fazer a extração da cataracta.

Quando assim acontece, comprime-se levemente o olho por alguns instantes, fazendo ao mesmo tempo ligeiras fricções: abre-se depois as palpebras do doente (*que deviam estar fechadas*) e tracta-se de tirar com a cureta o cristallino opaco, e todos os fragmentos que possam perturbar o resultado da operação: limpa-se depois os bordos da secção afim de que nada impeça que ella cicatrise. O operador, depois de adaptar bem os bordos da ferida apresenta diversos objectos ao doente para ver o resultado de seu trabalho, e animar o paciente para o tractamento que segue a operação, o qual consiste em uma compressa sobre os dois olhos, mantida por uma atadura enrolada ao redor da cabeça; assim se conserva o doente por espaço de vinte e quatro a quarenta e oito horas, tempo em que se deve levantar o apparelho para examinar o estado do olho, e deitar-lhe uma forte solução d'atropina.

O doente deve conservar um repouso quasi absoluto durante as primeiras vinte e quatro horas: sua alimentação durante este tempo deve ser bebidas, afim de evitar a mastigação: e ainda que depois deste tempo elle possa excutar alguns movimentos, comtudo deve-se conservar deitado por oito a dez dias, evitando sempre qualquer compressão sobre o olho operado. A extracção á retalho combinada, só differe d'esta precedente em haver a secção da iris: esta iredectomia é feita por alguns authores, alguns dias antes da operação (Mooren): outros como Jacobson, fazem depois da extracção do cristallino. Finalmente faz-se a iridectomia logo depois de formado o retalho, antes da abertura da cristalloide. A extracção combinada sem rotura da capsula, consiste em fazer-se sahir o cristallino com as cristalloides, por uma abertura herato sclerotical, por

meio de compressões, ou ligeiras tracções com uma larga cureta. Todos estes preceitos que acabamos de dar se referem a qualquer processo de extracção á retalho, e somente varía a posição do operador e a direcção do corte do keratotomo assim fazem-se as keratotomias superior obliquas externas e internas etc. Diversos são os accidentes, que podem apparecer durante esta operação, como são, as puncções muito obliquas, e perpendiculars ao tecido da cornea; muito embaixo, ou em cima desta membrana, fora de seu limite com a sclerotica, muito afastada d'esta membrana, ou em seu proprio tecido: as sahidas prematuras do humor aquoso, os reviramentos dos retalhos, as luxações do cristallino, sahidas do corpo vitreo, insufficiencias da abertura capsular, hemorrhagias etc. Quando as puncções são muito obliquas a superficie da cornêa, pode o instrumento resvalar na espessura de seu tecido, e tornar-se impossivel a formação do retalho: logo que isso acontece, diz Desmerres, vê-se um sulco embranquecido na direcção do keratotomo, e este perde o seu brilho metallico, tornando-se despolido: o operador deve (logo que assim acontece) retirar o instrumento e de novo começar o seu trabalho. As puncções muito perpendiculares, trazem comsigo muitas vezes, a extravasação do humor aquoso e o ferimento da iris, e com esse phenomeno a suas consequencias.

Si a puncção é feita muito acima ou abaixo da cornêa succede que o retalho se torna muito pequeno de maneira que, si o nucleo é volumoso, não pode passar sem contundir os bordos da ferida; repara-se este inconveniente, fazendo se a contra-puncção em um ponto que o retalho fique com as dimensões necessarias. As puncções mui afastadas da sclerotica, são quasi sempre causadas pela mobilidade do olho, que se deve evitar. Quanto a puncção é muito proxima a sclerotica, ou em seu proprio tecido, os inconvenientes são muito pequenos, se acaso ella não se dirige muito para traz a por a descoberta o corpo vitreo. A sahida do humor aquoso pode dar-se, em virtude de uma retirada da faca da camara anterior, ou por um desvio dos bordos da ferida na occasiãs em que o operador dirige a faca parallelamente ao plano da iris: este accidente é de pouca importancia visto como se pode continuar a operação com cuidado, ou retirar o instrumento, e estimular com fricções a formação d'este liquido. Acontece ás vezes que a iris acompanha o corte do keratotomo e faz hernia, ou deixa cortar uma porção de seu tecido, formando assim uma pupilla accidental, na occasião em qne se termina o

retalho. Para remediar este accidente fazem-se algumas fricções sobre as palpebras do doente, afim de produzir as contracções d'aquella membrana: ou faz só a iredectomia se acaso ella foi ferida. Os reviramentos retalho só se tornão perigoso quando elles tem lugar muitas vezes na operação pois assim favorecem a sahida do corpo vitreo: as compressas são os meios mais efficazes para remediar este accidente.

As sahidas do corpo vitrêo causadas, pela contração brusca dos musculos pequenos do olho ou pela pressão feita pela lamina do keratotomo n'este orgão, ou ainda pela mão do cirurgião; são tractadas com faxas compressivas, tendo-se cortado a parte do corpo herniado interposta na secção. O corte da iris, ou a terminação do retalho conjunctival, trazem muitas vezes hemorrhagias na camara anterior. As hemorrhagias intra-oculares sobrevêm depois de uma sahida consideravel do corpo vitreo.

O sangue, quando existe na camara anterior, deve ser d'ahi extrahido com uma cureta.

As hemorrhagias intra-oculares acarretam quasi sempre comsigo a perda do olho.

Accidentes que seguem a extracção a retalho.—Algumas vezes depois d'esta operação acontece que o doente apodera-se de uma grande agitação, a qual se deve acalmar com a applicação de um narcotico. Se depois do terceiro dia da operação apresentar-se constipação de ventre deve-se dar-lhe um laxativo brando.

Quando o doente accusa grande sensação de peso sobre os olhos acompanhada de grande calor na faxa compressiva com lacrymejamento abundante, o calomelanos acompanhado de algum anadyno é sem duvida o melhor tratamento. Si no dia que segue a operação vê-se que os bordos da ferida não se ajustam, é necessario fazer-se uma compressão mais forte sobre o olho.

Si ainda assim a incisão se não fecha, e apparece suppuração na camara anterior, deve-se retirar a compressa e applicar-se faxas embebidas em uma infusão de camomilla. As iritis e keratites que se apresentam em seguida a esta operação combatem-se com as soluções de atropina, mercurio, nitrato de prata, e antiphlogisticos.

Discisão—Esta operação tem por fim por o humor aquoso em contacto directo com as camadas corticaes do cristallino afim de amollecel-as para serem absorvidas. A discisão tem sido tambem empregada por alguns authores alguns dias antes da extracção linear simples. Este me-

thodo de operação tem sido praticado de tres maneiras differentes: discisão simples, esta com iridectomia anticipada, e com a dilaceração da cataracta. Estas operações se pode fazer pela cornêa ou sclerotica, e tomam o nome de keratonyxis e scleratonyxis.

Para as duas primeiras operações achamos mais conveniente a keratonyxis.

Os instrumentos para a discisão da capsula são: uma pinça de fixação, um blepharostato de dous ramos, uma agulha de Bawman ou Galezowski. Dilata-se a pupilla, deita-se o doente, abre-se-lhe as palpebras; o cirurgião colloca-se a direita ou a esquerda seguindo o olho que tem de operar, fixa este orgão com a pinça e atravessa a cornêa com a agulha de discisão na parte externa de seu diamentro horisontal. O instrumento atravessa a membrana, a principio perpendicularmente, depois dirige-se para cima até o bordo superior da pupilla. onde elle começa a fazer a secção da capsula de cima para baixo. Feito isto retira-se a agulha.

A discisão combinada só differe d'esta em si haver feito algumas semanas antes uma iridectomia afim de alargar o campo pupillar.

Quando a cataracta não é liquida e as camadas corticaes são mais ou menos consistentes, o trabalho da embibição só começa no segundo dia depois da operação.

Então vê-se o cristallino inchar, as camadas corticaes começam a fazer hernia na pupilla, cahem na camara anterior e ahi se absorvem.

Este trabalho quasi sempre não é seguido de algum accidente incommodo, apenas uma rubefação perikeratica apparece no dia seguinte e se dissipa no quinto ou sexto dia depois da operação.

Si a cataracta é liquida e muito molle, o amollecimento pode marchar muito depressa, de sorte que, si a abertura da capsula não for extensa, a tumefação do cristallino sendo grande pode comprimir a iris, e trazer a inflammação desta membrana.

O cristallino pode luxar-se, si se faz uma pressão forte sobre este corpo na occasião de cortar-se a capsula.

Em geral uma só discisão não basta para a cura do doente, é preciso é que se faça muitas dellas para que isso tenha lugar. Deve-se comtudo evitar fazer uma nova quando ainda existirem quaesquer phenomenos de irritação.

O tratamento da discisão consiste em instillações, de atropina e compressas de agua fria até o segundo dia depois da operação, tempo em

que estas são substituidas por um pedaço de seda preta collocado diante do olho.

O processo de Bowman para a discisão consiste em fazer-se esta operação com duas agulhas; uma é cravada na cornea em um de seus lados e sua ponta vae se fixar no centro da cataracta, a outra penetrando em um ponto opposto ao da primeira vem collocar o seu corte no mesmo logar no corpo opaco.

Feito isto, desvião-se as agulhas e despedaça-se a capsula do cristallino.

O quebramento da cataracta faz-se pela sclerotica ou cornea, por onde se introduz uma agulha que se crava no cristallino, e, imprimindo-se-lhe diversos movimentos, chega-se a reduzir este corpo a diversos fragmentos.

Quando se faz a sclerotonyxis, o instrumento passa por detraz da iris.

Terminamos as descripções de methodos e processos mais notaveis para a operação de cataracta, mostramos as complicações que podiam apparecer durante a operação ou depois della, dissemos os meios de remedial-as, acabaremos o nosso trabalho mostrando as indicações de cada methodo com seu processo conveniente segundo a especie de cataracta que se tiver de operar.

Exceptuando o methodo do abaixamento que semente agora mencionamos (e que, no dizer de alguns authores, deve ser esquecido,) é difficil sinão impossivel dar-se a supremacia a qualquer outro: todos são mais ou menos vantajosas segundo as circumstancias da occasião. Cumpre-nos entretanto dizer que, em virtude do maior numero de casos em que se o podé applicar, occupa um lugar importante o methodo de extracção linear pelo procosso de Graefe ou Critchett.

Aguardamos pora a occasião em que tivermos de elucidar o nosso escripto a analyse destes diversos methodos.

A extracção linear simples é applicada em todos os casos de cataracta nuclear quando o nucleo é pouco duro e volumoso, porque com facilidade elle passa em uma simples incisão sem confundir os bordos da ferida; porem as difficuldades de manejar os instrumentos, quando a cataracta não sahe por simples pressão, tornam sua applicação muitas vezes perigosa em virtude da irritação que elles produzem e da inflammação consecutiva nas membranas do olho. A facilidade com que se dá a cicatrisação

n'este methodo quando elle é convenientemente praticado tem extendido os seus resultados.

O processo de sucção, somente applicada ás cataractas liquidas ou quasi assim, têm o grande inconveniente de apresentar graves inflammações e até congestões, da retina quando não é elle applicado com summa habilidade, podendo-se com a incisão simples, acima mencionada, ou discisão evitar todas as desvantagens a que este processo está sujeito.

Grande numero de operadores quer dar como applicavel em todos os casos de cataracta, ainda que exísta um nucleo muito volumoso e duro, e seja a cataracta simplesmente nuclear ou nucleo-capsular, quando a extracção linear simples não tem lugar, o methodo de extracção linear combinada pelo processo de Graefe ou de Critchett, aboliudo assim o methodo de retalho.

Reconhecemos que o processo de Graefe ou Critchett tem sido brilhante em seus resultados não só nas mãos de seus authores como nas de outros cirurgiões, achamos muitas vantagens n'elle sobre qualquer outro, mas não concordamos que se possa abandonar o methodo de retalho. As suas applicações são, para as cataractas nucleares de nucleo duro e um pouco volumoso; para as cataractas capsulares; quando houver complicações com a iris, palpebras ou cornêa, e se tiver receio da applicação do methodo de retalho,

A difficuldade de manobrar uma cureta ou gancho para extrahir a capsula opoca faz de certo recuar o operador quando elle tem de trabalhar por uma abertura linear que o priva de muitos movimentos—facto que faz esquecer este processo quando se tem de extrahir as cataractas secundarias.

Os resultados dos processos de Graefe ou Critchett têm sido nas mãos de seus authores—sobre cem casos de operados—noventa e tres curas completas, cinco de alguma melhora e somente dous de perda do olho.

Os reviramentos do retalho, as hemorrhagias têm feito este methodo de operação perder o seu antigo merecimento diante da extracção linear; mas é sem duvida é melhor delles nos casos de cataractas duras e volumasas, livres de toda adherencia, nos casos de cataractas capsulares com senechias posteriores, quando não houver inflammação nas palpebras nem na cornêa, pois que os inconvenientes que elle em si apresenta são menores que os que se seguem á extracção linear em qualquer d'esses casos.

A keratotomia inferior é de todos os processos d'esta operação o que parece offerecer mais vantagens (como bem diz Wecker) que a sahida prematura do humor aquoso, alguma difficuldade na cicatrisação da ferida não compensão os constantes reviramentos do retalho, e muitas vezes a sahida do corpo vitreo, que se dão na keratotomia superior.

A discisão da capsula tem sido usada por alguns cirurgiões alguns dias antes da extração linear afim de amollecer o nucleo e assim elle sahir com facilidade; porem o seu emprego cheio de successos, tornando-se então ella a operação mais innocente para as curas da cataracta, é nos casos de cataracta liquida ou quasi assim: a absorpção se dá em geral com rapidez, e a cura se apresenta em pouco tempo.

Fallámos ao terminar o nosso trabalho do *abaixamento* operação que tem sido quasi abolida da cirurgia moderna em virtude das constantes e graves consequencias que a ella acompanham, como as iritis, subidas e descidas do cristallino, irido-choroidites, phlegmão do olho, amorosi etc. Era antigamente e ainda hoje por alguns praticos empregada nos casos em que o corpo vitreo se acha muito liquefeito; mas diante da discisão e da extracção linear o *abaixamento* deve ser esquecido, tornando-se absolutamente dispensavel em qualquer caso de cataracta.

SECÇÃO MEDICA

Theoria dos ruidos do coração

PROPOSIÇÕES

I—No estado normal ouve-se sobre a rogião precordial dois ruidos — coincidindo com a systole e diastole ventricular.

II—Diversas são as hypotheses que se tem levantado para a explica- d'este phenomeno, podendo resumir-se todas nas principaes e oppostas— theorias de Beau e Rouanet.

III—O primeiro d'estes phiologistas dá como causa do primeiro ruido a queda do sangue nos ventriculos, e do segundo a queda d'este liquido nas auriculas.

IV—Ainda que engenhosa a theoria de Beau não se pode sustentar diante da physiologia moderna.

V—A theoria de Rouanet sustenta-se com as experiencias claras de Longet e Béclard.

VI—O choque das valvulas auriculo-ventriculares é para Rouanet a causa do primeiro ruido.

VII—O fechar rapido das valvulas sigmoidéas explicão o segundo.

VIII—Algumas outras causas reforção o primeiro como o segundo ruido.

IX—A contracção muscular do coração, o choque da ponta d'este orgão nas paredes thoracicas, a passagem brusca de sangue nos orificios arteriaes augmentam a intensidade do primeiro ruido.

X—A contracção auricular, a queda do sangue nos ventriculos reforção o segundo ruido.

XI—A intensidade dos ruidos é mais notavel ao lado esqnerdo do terceiro espaço intercostal abaixo do mamellão para o primeiro ruido, e ao lado direito do sternum no primeiro espaço intercostal para o segundo.

XII—A propagação do som pelas columnas carnudas é a causa de ouvir-se na ponta do coração, o ruido que se dá em sua base.

SECÇÃO CIRURGICA

Queimaduras

PROPOSIÇÕES

I—Chamam-se queimaduras certas lesões determinadas nos tecidos vivos pelo calorico ou por agentes chimicos mais ou menos energicos.

II—Quando a temperatura não é muito elevada, os phenomenos que se apresentam são puramente vitaes.

III—Si a temperatura é muito forte, o calorico obra nos nossos tecidos como sobre qualquer substancia organica.

IV—Chama-se gráo de queimadura certas alterações mais ou menos notaveis nas propriedades e na constituição dos tecidos vivos.

V—A melhor classificação dos gráos de queimadura é devida a Dupuytren. Seis são os gráos para este cirurgião:—rubefacção da pelle sem phlycteneas, congestão com phlycteneas, destruição de parte do corpo papillar, destruição de todo o corpo do derma, escarificação até os musculos, carbonisação de toda a parte queimada.

VI—Os corpos solidos como os liquidos impregnados de calor produzem queimaduras em geral mais profundas para os primeiros, porem mais extensas para os segundos.

VII—Os alcalis energicos e acidos concentrados são os agentes chimicos que mais produzem queimaduras.

VIII—O gráo de queimadura depende da quantidade de calorico de que está cheio o corpo comburente e do tempo durante o qual elle actúa sobre os tecidos vivos.

XI—Algumas vezes a queimadura traz comsigo phenomenos geraes e graves—como a febre e a dôr intensa—que compromettem a vida do doente.

X—A gravidade da queimadura é proporcional a elevaçãe de seu gráo e de sua extensão. Billroth diz que é quasi sempre mortal a queimadura que comprehende os dous terços do corpo. ainda que sejam do primeiro gráo.

XI—As queimaduras do terceiro gráo em diante deixam apoz si signaes tanto mas sensiveis quanto mais elevado é o seu gráo.

XII—O tratamento das queimaduras consiste em calmantes, antiphlogisticos e tonicos.

SECÇÃO ACCESSORIA

Pode-se em geral ou excepcionalmente affirmar que houve estupro?

PROPOSIÇÕES

I—Estupro, é segundo o codigo criminal brasileiro, o emprego da violencia ou ameaça contra uma mulher com fins libidinosos; ou o defloramento de uma menor de desesete annos.

II—O medico legista deverá examinar a mulher o mais breve que lhe for possivel, porque quanto maior for a perda de tempo maiores seráõ as difficuldades com que elle ha de lutar.

III—Si a mulher victima de estupro não era virgem são tantas as dfficuldades com que luta o medico legista que quasi é impossivel elle affirmar a veracidade do facto.

IV—No exame de uma mulher que se diz defloroda a falta da hymen é uma das melhores provas de estupro.

V—O estado dos orgãos genitaes externos, si elles se acham ou não contusos, deve chamar a attenção do medico legista.

VI—As manchas que se encontra nas roupas da mulher, quer de sangue quer de sperma, devem ser examinadas com cuidado.

VII—A séde destas manchas na parte posterior ou interior da camisa da offendida não tem valor real.

VIII—O melhor meio de reconhecer uma mancha spermatica é o microscopico.

IX—A falta dos spermatozoarios na mancha não deve levar o medico legista a affirmar que ella não tenha sido produzida pelo sperma.

X—O medico legtsta deve prestar attenção ao estado das glandulas mamares.

XI—Pode uma virgem sepultada em somno profundo mas phisiologico ser deflorada sem despertar? Não acreditamos possivel.

XII—O homem que possesso de libidinagem se arremeça contra uma fraca mulher, e que, manchando-lhe a pureza do corpo, despedaça-lhe ao mesmo tempo todos os sonhos do futuro, e precipita-a as mais das vezes em um abysmo de devassidão e miserias, recebe em nosso codigo um castigo proporcionado a tão nefando crime? Não.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum.
(*Sec. 5. Aph. 3.*)

II

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.
(*Sec. 2. Aph. 6.*)

III

Ubi fames non oportet laborare.
(*Sec. 2. Aph. 16.*)

IV

Ad extremos morbos extrema remedia exquesitè optima.
(*Sec. 1. Aph. 6.*)

V

Ubi somnus delirium sedat bonum.
(*Sec. 2. Aph. 2.*)

VI

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum.
(*Sec. 7. Aph. 1.*)

Bahia—Typographia de J. G. Tourinho—1872.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina em 5 de Outubro de 1872.

Dr. Cincinnato Pinto

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 6 de Outubro de 1872.

Dr. V. Damazio.
Dr. Augusto Martins.
Dr. Claudemiro Caldas.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 6 de Novembro de 1872.

Dr. Magalhães
Vice-Director.

ERRATA

PAGINAS	LINHAS	ERROS	EMENDAS
3	2	cataracta.	catarata.
»	24	cataracta.	catarata.
4	9	Barhave '	Boerhaave.
5	12	executa-se-ha.	executa-se-a.
6	15	absorção.	absorpção.
»	21	teem.	tem.
7	2	tendo em um.	tendo um.
»	13	scherotical.	schlerotical.
»	16	histotonio	kistótomo.
»	21	derecções	direcções.
8	2	crirtallino	crystallino.
»	12	ssbre.	sobre.
»	34	cataracta.	catarata.
9	1	»	»
»	5	»	»
»	9	»	»
»	27	»	»
10	19	(diz Graefe	(diz Graefe)
»	33	de bordo	do bordo
11	1	cataracta	catarata
»	8	»	»
»	10	de dispensar,	de dispensar
»	14	cataractas	cataratas
»	16	cataracta	catarata
»	34	solucão	solução
12	7	heruia	hernia
»	31	Adaptando	Adotando
14	5	spontanêa	espontanea
»	9	E neste tempo	É n'este tempo
»	12	cataracta	catarata
16	3	faz sé	faz-se
17	3	cataracta.	catarata.
»	12	diamentro	diametro
»	18	cataracta	catarata
»	26	»	»
18	5	»	»
»	10	»	»
»	16	»	»

18	19	cataracta	catarata
»	24	vantajosas	vantajosos
»	30	cataracta	catarata
»	33	»	»
19	3	cataractas	cataratas
»	9	cataracta	catarata
»	10	»	»
»	18	cataractas	cataratas
»	19	»	»
»	25	»	»
»	32	é melhor	o melhor
»	32	cataractas	cataratas
»	33	volumasas	volumosas
»	33	cataractas	cataratas
20	9	cataracta	catarata
»	10	»	»
21	4	rogião	região
»	6	explica-	explicação
»	9	phiologistas	phisiologistas
22	3	esqnerdo	esquerdo
25	10	dfficuldades	difficuldades
»	13	defloroda	deflorada

E muitos outros que o leitor encontrará, mas que—certo—desculpará.